

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 212

COMPLICATIONS
DE LA
Rétroversion de l'Utérus gravide incarcéré
(EN DEHORS DES TROUBLES URINAIRES)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Mai 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL PÉAN

MÉDECIN AIDE-MAJOR

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 24 mai 1892, à Pagny (Meurthe-et-Moselle)



CHALON-SUR-SAONE

Imprimerie Commerciale et Industrielle, 7, rue des Tonneliers

—
1920

COMPLICATIONS

DE LA

Rétroversion de l'Utérus gravide incarcerated

(EN DEHORS DES TROUBLES URINAIRES)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 212

COMPLICATIONS
DE LA
Rétroversion de l'Utérus gravide incarcerated
(EN DEHORS DES TROUBLES URINAIRES)



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Mai 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL PÉAN

MÉDECIN AIDE-MAJOR

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 24 mai 1892, à Pagny (Meurthe-et-Moselle)



CHALON-SUR-SAONE

Imprimerie Commerciale et Industrielle, 7, rue des Tonneliers

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, GAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LEPINE (J.)
Chimie biologique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	X...
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	X...	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	SAVY	BONNAMOUR, char-
COMMANDEUR	LERICHE	FROMENT	gé des fonctions
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	THEVENOT Lucien	SARVONAT id.
LAROYENNE	TAVERNIER	PIERY	FAVRE id.
VORON	CADE	COTTE	GRAVIER id.
NOGIER	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER id.
	GARIN		

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, Président ; Aug. POLLOSSON, Assesseur ;
MM. COMMANDEUR et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Hommage de reconnaissance et
d'affection.

A MES CAMARADES
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur FABRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ

Nous le remercions de l'honneur
qu'il nous fait en acceptant la pré-
sidence de notre thèse.

A MES JUGES

INTRODUCTION

Les phénomènes qui accompagnent la rétroversion de l'utérus s'échelonnent en gravité depuis la simple infirmité souvent insoupçonnée de l'utérus à l'état de vacuité jusqu'aux plus graves complications de l'incarcération de l'organe grvide.

Laissant de côté toutes les complications urinaires, nous étudierons successivement :

1° Les complications obstétricales et, parmi celles-ci, celles qui peuvent compromettre la bonne marche de la grossesse et celles qui sont susceptibles de menacer le développement du fœtus ;

2° Les complications qui peuvent intéresser les organes et les appareils directement en rapport avec l'utérus rétroversé. (Troncs vasculaires, troncs nerveux, plancher musculaire du périnée, intestin, péritoine.)

Ces complications relèvent des phénomènes de compression, sur lesquels vient se greffer presque toujours l'infection, qui peut ensuite se propager à distance. La particulière gravité de ces accidents paraît en rapport avec le degré d'incarcération de l'utérus grvide dans l'excavation, incarceration dont le facteur étiologique le plus important réside dans les adhérences péritonéales.

Nous donnerons, avant l'exposé de notre étude, l'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Trillat.

OBSERVATION

(Inédite). Maternité de la Charité, Lyon.

Nom. — RIVET, née DEVEYLE.*Prénom.* — Yvonne. (1^{re} infirmerie, lit n° 37).*Age.* — 38 ans.*Profession.* — Ménagère.*Née à* Saint-Romain-des-Iles (Saône-et-Loire).*Demeurant à* Brignais (Rhône).*Entrée le* 28 septembre 1919.

Evacuée par son médecin pour « rétroversion d'utérus gravidé empêchant la miction et la défécation ».

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 59 ans d'affection cardiaque ; père mort à 74 ans ; une sœur vivante, bien portante ; un frère mort à 22 ans d'affection pulmonaire ; une sœur morte d'affection cardiaque ; un frère mort d'accident.

Antécédents personnels. — Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 20 ans ; grippe il y a huit mois ; réglée à 15 ans, régulièrement ; depuis le début, les règles ont toujours été douloureuses, d'une durée de 5 à 6 jours. Une grossesse normale à 18 ans ; accouchement normal, enfant mort à 12 jours.

Affection actuelle. — L'histoire en remonte au mois de mars 1919. A cette époque, la malade eut ses règles avec 14 jours d'avance, le 10 mars ; le 22, nouvelles pertes. Depuis, la malade n'a plus rien vu, sauf quelques pertes jaunâtres et fétides, depuis deux mois.

Au mois de mai, elle eut une crise de douleurs abdominales violentes, qui lui firent croire à une fausse-couche. Elle resta alitée pendant 5 à 6 jours ; elle ne pouvait uriner. On a dû la sonder. Depuis ce moment, constipation habituelle, combattue par l'huile de ricin et le lavement quotidien.

A la suite de cette première crise, il y eut une amélioration, qui permit à la malade de se lever. Elle souffre néanmoins du ventre et des reins d'une façon continue.

Le 20 août, elle vint consulter le docteur Violet, qui lui dit qu'elle avait une rétroversion utérine.

Il y a 4 jours, elle fut prise d'une violente crise de coliques. Dans la nuit, elle eut des vomissements alimentaires, qui ne se sont pas reproduits. Elle a pu uriner, mais peu à la fois et difficilement. Constipation accentuée.

Jusqu'à la veille de son entrée dans le service, la malade a senti bouger son enfant. Actuellement, elle accuse quelques frémissements mal caractérisés.

A l'examen. — La malade paraît souffrir sans répit ; ses traits sont tirés, sa physionomie angoissée. Il y a de la dyspnée, qui n'apparaît que par intervalles.

Docteur TRILLAT. — Le ventre est distendu, avec voussure plus marquée à droite qu'à gauche. Légère circulation veineuse complémentaire. Le palper est douloureux et donne l'impression de tension permanente des parois de la tumeur.

La tension de la 1/2 droite est un peu plus marquée que celle du côté gauche.

Au cours de l'examen, la malade accuse, par moments, des douleurs qui ressemblent à des contractions passagères. Pas de sensation de flot.

On perçoit une fluctuation nette à droite, moins nette à gauche.

La limite supérieure de la tumeur est difficile à préciser. Il semble qu'elle remonte à droite jusqu'au niveau des fausses côtes, se rapproche de la ligne médiane et devient très difficile à préciser à gauche par suite de la présence de l'intestin.

L'ombilic est déplissé partiellement mais non saillant. Les flancs sont sonores.

Au toucher. — Masse distendant le cul-de-sac postérieur, dure, non mobilisable, pas de sensation de col utérin au niveau de cette masse. Le doigt trouve derrière la symphyse un long canal qui remonte dans la direction de l'ombilic et perçoit avec peine, très haut, l'orifice externe du col qui paraît rempli.

4 octobre, Docteur TRILLAT. — Les douleurs abdominales sont moins vives. Apparition d'œdème des jambes bi-latéral remontant jusqu'aux genoux.

Les mictions se font normalement. Grandes difficultés pour aller à la selle ; sensations de gargouillements et de ballonnement.

Examen. — La tumeur abdominale paraît tomber en dessous des fausses côtes, plus fortement que les jours précédents.

Toucher. — Grosse masse emplissant l'excavation. Col inattingible.

9 octobre, Docteur COMMANDEUR. — Énorme masse bombant dans le vagin, effaçant le cul-de-sac postérieur. Très dure, arrondie, cul-de-sac antérieur très profond remontant de 4 ou 5 centimètres au-dessus du pubis.

Le col est senti à bout de doigt, ramolli.

Palpation. — Masse abdominale formant un ovoïde dévié à droite, arrivant à gauche à 4 travers de doigt de la ligne médiane, à droite atteignant le flanc.

Fond de la tumeur à 2 centimètres sous les fausses côtes. La masse donne l'impression d'être liquide, presque fluctuante, sans sensation de flot.

Circulation complémentaire.

La sonorité intestinale recouvre la tumeur dans sa partie supérieure et son côté gauche.

Impossible de sentir aucune partie fœtale.

Auscultation. — Souffle utérin très intense.

Bruits du cœur impossibles à percevoir.

Intervention, Docteur MOLIN. — Grande incision du pubis à l'ombilic. A l'ouverture du péritoine, écoulement : 1° d'un liquide ascitique louche ; 2° d'un liquide contenant en suspension des fragments très nombreux de pseudo-membranes d'origine inflammatoire.

Adhérences très serrées : 1° Epiploïques ; 2° du colon sigmoïde à la tumeur.

On essaie d'isoler la tumeur en la libérant de la superficie à la profondeur de ses adhérences ; mais, celles-ci fusionnent littéralement en certains points l'épiploon et le colon sigmoïde à la tumeur. Suintement sanguin très abondant consécutif à ces tentatives. On se rend compte qu'on s'expose à pénétrer dans le tissu utérin. On abandonne cette manœuvre à la suite de l'ouverture d'un véritable sinus utérin.

On tamponne le point saignant avec une grosse compresse. A ce moment, on se résout à l'ouverture première de la cavité utérine abandonnant l'extirpation de l'utérus en vase clos. Incision utérine ordinaire de césarienne. Extirpation du fœtus et du placenta. A ce moment, l'extirpation est rendue beaucoup

plus facile par section des ligaments larges. On peut insinuer la main entre la tumeur et la concavité sacrée, et libérer cette tumeur et ses adhérences par section de celles-ci, de bas en haut en pédiculisant pour ainsi dire ces adhérences par traction sur le fond utérin.

Hystérectomie subtotale, drainage à la Mikuliez.

On termine par péritonisation ordinaire.

III

CAUSES DE LA RÉTROVERSION

Elles sont prédisposantes et déterminantes.

A) *Causes prédisposantes.* — La multiparité a été signalée (Charles, de Liège, sur 79 cas de rétroversion gravide, a trouvé 66 multipares). La conformation du bassin a été mise en cause (ampleur exagérée, rétrécissement, exagération de la courbure sacrée, saillie du promontoire : Chailly). La période de la grossesse joue un rôle plus certain. Vers le troisième mois, le grand axe de l'utérus est de 11 centimètres, c'est-à-dire très voisin des diamètres de l'excavation. La compression et les symptômes qui en résultent éclatent à cette époque (Charles, sur 114 cas observés, a vu seulement 3 fois les accidents débiter avant le deuxième mois). Ajoutons, comme causes prédisposantes, les tumeurs abdominales, les tumeurs fibreuses de la paroi postérieure de l'utérus (fibrome), ou des annexes (kyste de l'ovaire : Bar, Spencer), l'accumulation des feces dans le grêle (Testut a trouvé, sur le cadavre d'une jeune fille, l'utérus rétroversé et en avant dans le cul-de-sac vésico-utérin, des anses grêles remplies de matières).

B) *Causes déterminantes.* — 1° Rétention d'urine ;

les cas sont nombreux, où le cathétérisme a amené la réduction spontanée ;

2° La pression abdominale ;

3° Les adhérences péritonéales, dont le rôle a été si discuté, et sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

IV

INCARCÉRATION DE L'UTÉRUS — MÉCANISME

Les causes précédentes ont amené la rétroversion de l'utérus ; on se trouve alors en présence de plusieurs cas :

1° Le cathétérisme de la vessie amène la réduction spontanée (les exemples sont nombreux, Budin les a signalés plusieurs fois) ;

2° Rien n'a amené la réduction et l'utérus, continuant à se développer en rétroversion, rencontre des obstacles infranchissables (détroit supérieur en arrière, plancher pelvien en bas, si l'utérus a fortement basculé). Le développement de l'organe portera sur la partie libre, la partie supérieure. Le fœtus s'orientera en général de façon à y loger son plus grand diamètre, et bientôt l'organe sera pour ainsi dire bilobé, une partie *incarcérée* dans le bassin et l'autre, la partie supérieure, tendant toujours à s'accroître par le haut. (Dans un cas semblable, Budin l'a trouvé ascensionné à 13 centimètres du pubis.) Dans les cas favorables, la partie libre, entraînant le tout, libère l'organe et la réduction se produit ; certains auteurs ont vu une tumeur adhérente au fond de l'utérus aider à la réduction en se développant (Delbet et Varnier, Dührssen).

3° L'utérus rétroversé demeure incarcéré dans la cavité pelvienne ; quelles sont les causes qui amènent cet encla-

vement et comment se produit-il ? La forme, les dimensions du bassin, l'excès de courbure sacrée, la saillie trop marquée du promontoire, les adhérences péritonéales ont été mises en cause. Dans un cas de Schultze, le développement de l'utérus s'étant fait aux dépens de la partie postéro-inférieure, l'organe se trouva emprisonné, retenu en haut par la saillie du promontoire.

Chez la malade de l'observation précédente, il semble également que le développement ait porté sur la face postéro-inférieure, et que la dilatation sacciforme, vue à l'intervention, ait amené l'incarcération de l'organe ou l'ait tout au moins favorisée.

Mais il y a toujours lieu de se demander, si les adhérences péritonéales n'ont pas joué le principal rôle, empêchant l'ascension de l'utérus dans la cavité abdominale, auquel cas l'accroissement de l'utérus n'ayant pu se faire par la partie supérieure, se serait fait par la face postéro-inférieure, aboutissant ainsi à l'enclavement de l'organe. Etudions le rôle de ces adhérences dans la pathogénie de l'incarcération.

LES ADHÉRENCES PÉRITONÉALES

A) *Origine*

Elle est évidente, lorsque la parturiente a eu un passé pathologique susceptible de réagir sur la séreuse (avortement, périmétrite, lésion traumatique accidentelle ou opératoire, état morbide en un mot, ayant provoqué une péritonite aigüe ou chronique).

Mais, quelquefois, on ne trouve rien qui les explique dans les antécédents. Gersuny a décrit, sous le nom d'adhérences péritonéales inférieures typiques des pseudo-

membranes rubanées, unissant le péritoine pariétal à celui de l'intestin, au niveau où l'S iliaque continue le gros intestin. Là, dit-il, peuvent s'accumuler de l'humeur, du sang épanché pendant la période menstruelle ; le péristaltisme intestinal étant nul à ce niveau, une partie de ces exudats non résorbés peut s'organiser en pseudo-membrane (Gersuny, Annales de Gynécologie, 1904).

B) *Rôle pathogénique des adhérences*

En 1843, Amussat les signalait, dans le journal de chirurgie de Malgaigne, et il écrivait, la même année : « Il est une cause de rétroversion sur laquelle nous devons insister, nous voulons parler des adhérences qui s'établissent entre le fond de l'utérus et le rectum, comme suite de métro-péritonite, ce qui nous paraît être le cas le plus ordinaire. »

Plus tard, en 1874, Bernutz parle aussi des « adhérences péritonéales que l'observation moderne a démontré être fréquemment la cause des enclavements irréductibles ».

Pinard, qui vérifia les 135 observations de Bernutz, ne découvrit que 3 cas où la rétroversion ait pu être vraiment attribuée aux adhérences. Il fut amené aux conclusions suivantes :

Il est des adhérences unissant l'utérus aux organes voisins ou la cavité pelvienne ; celles-ci sont, en général, assez extensibles et ne paraissent pas influencer ni amener la rétroversion de l'utérus. Une deuxième catégorie d'adhérences est représentée par celles qui, en dehors de la zone utérine, unissent l'épiploon, l'intestin, la vessie, la paroi abdominale, etc., formant une sorte de couvercle au niveau du détroit supérieur et s'opposant absolument à l'ascen-

sion de l'organe dans la cavité abdominale, au cours de la grossesse. Le rôle de celles-ci paraît franchement affirmé dans l'incarcération.

OBSERVATION

Adhérences péritonéales anciennes, empêchant l'ascension de l'utérus dans la cavité abdominale, au quatrième mois de la grossesse. Cystite, rétention d'urine, distension de la vessie, gangrène, perforation. Mort de péritonite généralisée. (D^r Southey, *The Lancet*, 6 mai 1871, p. 610.)

Les notes recueillies à l'autopsie, faite 24 heures après la mort, par le docteur Gee, sont les suivantes :

A l'ouverture de l'abdomen, le cul-de-sac antérieur du péritoine ne descend pas sur la face antérieure de la vessie à plus de trois pouces au-dessus du pubis.

Le fond de la vessie, le cœcum, la partie inférieure du petit intestin, le fond de l'utérus, l'S iliaque et le bord inférieur de l'épiploon sont unis ensemble par de très vieilles adhérences.

Le reste du péritoine présente des traces d'inflammation récente.

Réflexions. — Southey fait observer que les adhérences résistantes, trouvées sur les bords du bassin, au-dessus de l'utérus et derrière la vessie, étaient de date ancienne ; elles pourraient peut-être bien remonter à une péritonite limitée, produite sous l'influence de la fièvre gastrique ou typhoïde, que cette fille disait avoir eue quinze mois auparavant.

Mais, ce qui n'est pas douteux, c'est que ces adhérences se sont opposées au développement de l'utérus, dans la direction normale, et doivent avoir empêché son ascension dans la cavité péritonéale.

SYMPTOMES

Ils peuvent être aigus d'emblée (forme rapide). Ils se traduisent par des douleurs abdominales, inguinales, lombaires, correspondant aux points d'intersection des ligaments de l'utérus, douleurs attribuées à leur tiraillement. Il faut y ajouter les symptômes urinaires, variant de la dysurie à la rétention absolue.

D'autres fois, ils se développent insidieusement, et on observe de la dysurie légère, de la cystite, un peu de constipation, du ténesme anal, une soif intense, de l'insomnie, de la température, etc.

Les signes physiques se traduisent par un peu d'œdème sous-pubien, périnéal, des cuisses, des grandes lèvres, traduction des phénomènes de compression.

Si la réduction ne survient pas, on assiste au dénoûment grave de cette scène morbide.

VI

COMPLICATIONS

Nous distinguerons :

- a) Les complications obstétricales ;
- b) Les complications générales.

COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES

1^o Complications susceptibles de menacer la marche de la grossesse

La rétroversion de l'utérus gravide est une cause fréquente d'avortement (de Bovis).

Charles, de Liège, signale 47 avortements sur 138 cas de rétroversion.

Horwitz, 37 fois sur 52 cas.

Par quel processus se fait l'avortement ?

1^{er} cas : *Le fœtus meurt in utero et l'œuf est expulsé au bout d'un temps variable.*

La mort du fœtus est amenée par les troubles considérables dans la circulation fœto-placentaire que l'utérus en rétroversion fait subir aux troncs vasculaires (compression, torsion pédiculaire). La rétention du produit de la conception dans l'utérus est un fait assez rare, mais qui a été signalé, et Macleod rapporte, à ce sujet, l'histoire

d'une femme, qui alla à terme sans être délivrée. A l'autopsie, l'utérus fut trouvé en rétroversion, incarcerated dans le petit bassin, et contenant un fœtus macéré de 5 mois.

2° cas : *L'utérus, par ses contractions, chasse un œuf vivant.*

C'est le cas ordinaire. Etudions-en le mécanisme.

A l'état normal, l'utérus est très largement irrigué par un réseau artériel issu de la grande anastomose utéro-ovarienne, qui chemine sur le bord interne de chaque ligament large. Surviennne un trouble dans cette circulation (il peut se trouver réalisé par la torsion du ligament large, par la compression de voisinage, dans le cas de la rétroversion de l'utérus), la nutrition de la caduque se trouvera troublée, des vaisseaux congestionnés se rompent, ce sera l'endométrite et sa conséquence fatale : l'expulsion de l'œuf.

D'ailleurs, un nouveau facteur est susceptible de hâter le dénouement, c'est l'infection venue du tube intestinal.

Nous verrons, plus loin, combien l'intestin peut être troublé dans ses fonctions. La constipation, presque de règle chez la femme enceinte, devient un danger sérieux par l'infection qui peut en résulter (nous développerons ce point plus loin).

La filtration du colibacille à travers la paroi intestinale, sa dissémination ensuite dans le péritoine, son passage enfin, probablement par contiguité, dans la muqueuse des trompes : voilà la propagation de l'agent microbien. Son passage à travers les membranes de l'œuf a été démontré par Brindeau et Jeannin, et Chaleix-Vivie en publie un cas dans la Société d'obstétrique de Bordeaux.

L'avortement, complication de la rétroversion, est de

la plus haute gravité (la femme s'infectant avant même d'être délivrée : Legry).

(Observation de Chantemesse, citée plus loin.)

Enfin, la plaie utérine peut ensuite s'infecter par le colibacille issu de l'intestin et disséminé dans le péritoine, donnant lieu à une infection pseudo-puerpérale :

Hardy, de Liège (Mémoire sur l'infection puerpérale, 1902).

Malade atteinte de rétroversion de l'utérus gravide. Au 4^e mois, phénomènes d'occlusion intestinale. Symptômes péritonéaux. Avortement. La plaie fut infectée par le bactérium coli venu du péritoine.

2^o Complications susceptibles de menacer le développement du fœtus — Paragomphose

L'avortement évité, le fœtus n'est tout de même pas à l'abri de tout danger. Obligé de s'orienter, suivant les exigences de l'utérus, on le trouvera souvent en position dystocique : siège, épaule, grossesse angulaire. (Dans ce dernier cas, une bride péritonéale, retenant l'utérus, par une corne, l'autre corne devient antérieure, par suite du mouvement de torsion de tout l'utérus, qui se place en rétro-latéro-version, et la grossesse se développe dans celle-ci.)

La présentation dystocique n'est pas tout, et le fœtus peut demeurer enclavé dans l'excavation : c'est la paragomphose.

L'utérus gravide, dans la rétroversion, fait subir au fœtus des modifications d'attitude qui peuvent aboutir à une présentation absolument irréductible et extrêmement dangereuse.

L'observation de Pinard, Segond et Couvelaire, dans les Annales de gynécologie, de 1903, est suffisamment éloquente ; nous la citons résumée :

Femme, 36 ans, grande, vigoureuse, habituellement bien portante, réglée à 14 ans régulièrement, règles abondantes et douloureuses.

Antécédents. — (Rien de bien saillant.)

D. R. du 20 au 25 mars 1902.

Jusqu'en septembre, rien d'anormal ; le 15 septembre, perd du sang en petite quantité. Pertes persistantes jusqu'à fin novembre. Le 28 janvier, quelques douleurs, rupture de la poche des eaux.

Examen. — Le liquide est teinté de méconium. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres externes absolument impossible. M. Pinard, mandé, constate l'irréductibilité d'attitude du fœtus, la tête bloquée dans la fosse iliaque gauche, le siège immobilisé sous les fausses côtes droites. Toute mobilisation du fœtus est impossible. Il semble absolument encastré, maçonné dans la cavité abdominale. L'enfant souffrant depuis 7 jours, M. Segond pratique la laparatomie, l'extraction de l'enfant par section césarienne. Sur le fond de l'utérus, qui ne peut être complètement luxé hors du ventre, se trouve collée une longue anse intestinale. La face postérieure de l'utérus est, dans toute son étendue, adhérente à la paroi postérieure abdomino-pelvienne, à l'intestin, au colon iléo-pelvien.

Les surfaces d'adhérences sont décollées, elles saignent abondamment, l'utérus est isolé, on fait l'hystérectomie.

L'utérus est examiné et mesuré ; le développement de sa partie antérieure l'a emporté de beaucoup sur la postérieure. L'utérus était en rétro-latéro-version. L'attitude vicieuse et irréductible du fœtus était en rapport avec la situation et la distorsion de l'organe. L'enfant est né vivant et pesait, à la naissance, 3.590 grammes.

Ici, c'est dans la cavité abdominale qu'est resté enclavé le fœtus. Le mouvement de torsion de l'utérus, qui a

amené l'organe en rétro-latéro-version, a eu pour effet de bloquer la tête fœtale dans la fosse iliaque gauche. Le mouvement de torsion de l'utérus, fixé ensuite par des adhérences, a amené cette tête à fleur de peau d'ailleurs et, à la palpation, elle semblait sous le doigt, tandis qu'on trouvait assez loin le siège sous les fausses côtes droites.

Le fœtus a pu, néanmoins, achever son développement ; il est né viable, avec un poids très satisfaisant, et aucune séquelle de l'enclavement n'a été signalée.

Nous avons vu, à la maternité, un cas de paragomphose typique et, grâce à l'obligeance de M. le docteur Commandeur, il nous a été possible d'en retracer l'histoire.

Il s'agit du fœtus de la malade de l'observation que nous avons citée tout au début.

« Une énorme masse très dure, ronde, bombant dans le vagin, effaçant le cul-de-sac postérieur », voilà les renseignements qu'avait fourni le toucher. A l'intervention, on se trouva devant une forte dilatation sacciforme de la paroi postéro-inférieure de l'utérus, logeant la tête fœtale. La masse signalée par le toucher était donc la tête fœtale, qui se trouvait enclavée dans l'excavation pelvienne.

Le fœtus, que nous avons vu, reproduisait fidèlement la position de l'utérus de la malade. Son attitude générale témoigne de l'extrême degré de rétroversion de l'organe et des obstacles infranchissables qu'il a dû rencontrer du côté du bassin où était enclavé le fond. L'axe de la tête fœtale (l'axe perpendiculaire à la calotte crânienne), fait avec l'axe du corps un angle fortement aigu : traduction du degré extrême de la rétroflexion. Cette tête est fortement fléchie, tellement inclinée sur l'épaule gauche que le pariétal a porté l'empreinte acromiale se traduisant par un enfoncement en godet de 5 c/m de long sur 3 c/m de large. On note en même temps un degré extrême de torsion de la tête sur le cou causé par un obstacle latéral invincible, qui a repoussé jusqu'aux parties charnues de

la face vers la gauche, provoquant une asymétrie faciale hideuse, au détriment de l'hémiface gauche.

Cette tête est fortement aplatie dans le sens latéral ; voici d'ailleurs un aperçu des différents diamètres :

Occipito frontal : 10 c/m. ;

S/occipito bregmatique : 8 c/m. ;

Sincipito-mentonnier : 11 c/m. ;

Bitemporal : 6 ;

Bipariétal : 6,5.

L'occiput est également aplati, ainsi que les bosses pariétales.

En rapport avec cet aplatissement du crâne, on note un tassement considérable du corps ; toute la partie droite du corps est aplatie ; l'épaule, le bras droit tout entier sont plats, comme si une large attelle y avait laissé une empreinte indélébile ; la hanche, la partie latérale de l'abdomen, du même côté, sont également de véritables surfaces planes, telles que si, sur la table d'expérience, on abandonne le fœtus à son propre poids, il y repose tout entier par ces parties : véritable plan horizontal. Toute la partie droite du corps a été arrêtée par cet obstacle dans son développement, la moitié gauche l'emporte de beaucoup sur la première. Les petits membres portent également la trace de ce tassement. Fléchi fortement, le tibia gauche porte la forte empreinte de la jambe droite croisée au-devant de lui. Le talon droit a refoulé la face supérieure du pied gauche, dont le bord externe s'est porté en adduction forcée, aboutissant à un véritable pied bot équin.

COMPLICATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Les troubles, dans la statique de l'organe, n'aboutissent pas seulement à l'expulsion prématurée de l'œuf, avec toutes les complications souvent mortelles de rétention placentaire et d'infection.

L'avortement est une complication qui ne paraît pas en rapport absolu avec le degré de la rétro-déviati

c'est-à-dire que nous ne pouvons pas en faire une complication spécifique de la déviation partielle, pas plus que de l'incarcération : on le note dans l'enclavement de l'organe, dans la rétroversion sans incarceration, dans un utérus rétroversé, même après le redressement (Charles, de Liège, sur 38 cas, signale 11 avortements après réduction).

Les complications que l'on relève d'autre part, celles que nous appelons complications générales, paraissent surtout liées à l'incarcération de l'utérus.

Certains auteurs ont décrit, sous le nom de rétroflexion aiguë, l'étranglement de l'utérus. Sous l'influence d'un effort apparaissent de vives douleurs abdominales, de la défense de la paroi sensible à la palpation profonde, des vomissements, en même temps qu'un état général assez sérieux. Les signes urinaires sont quelquefois absents de la scène. Le mécanisme en est assez obscur. Bar estime que les ligaments utéro-sacrés jouent le rôle principal, l'utérus se trouvant pincé dans la boutonnière qui les sépare. Ils demeurent d'ailleurs extrêmement tendus après la réduction.

Arrivons maintenant aux conséquences graves de l'enclavement. Pour plus de clarté dans leur exposé, nous avons distingué :

- 1° *Les complications mécaniques (de compression) ;*
- 2° *Les complications infectieuses.*

Classification purement virtuelle, d'ailleurs, car il est bien difficile, nous le verrons, de les séparer ainsi ; il n'existe pas de cloison aussi étanche, entre les premières et les secondes, et le facteur infection s'associe, dans la majorité des cas, aux phénomènes mécaniques.

Complications Mécaniques

La compression peut porter : sur le périnée (sur ses vaisseaux, sur ses nerfs, sur sa sangle musculaire), et sur l'intestin.

1° *La compression du réseau veineux* du plancher pelvien amène un œdème sur le territoire irrigué par les troncs intéressés : grandes lèvres, toute la vulve, la partie antéro-interne des cuisses (Simon, Barnes), tout le membre inférieur ; des thromboses veineuses peuvent même en résulter.

2° *De la compression des nerfs* de la même région résultent des douleurs variables sur leur trajet, pouvant se traduire en particulier par des sciaticques rebelles.

3° *La compression des artères vésicales* peut amener une gangrène de la vessie anémiée, avec inondation péritonéale par l'urine épanchée (Pinard et Varnier).

4° *La compression du périnée* peut arriver à une distension forte du plancher, la paroi postérieure du vagin étirée peut céder, et l'utérus faire hernie au dehors, sous le capuchon de la paroi vaginale postérieure prolabée (Mayor de Lausanne, et Grenser).

D'autres fois, enfin, la pression porte sur l'anus, et l'utérus peut faire issue au dehors, sous l'enveloppe de la muqueuse rectale (Halbertsma). La compression a abouti, dans un fait relaté par Guichard, à une gangrène de la paroi postérieure de l'utérus et du rectum, communication entre les deux et expulsion du fœtus par le rectum. (Sujet à caution, d'ailleurs, car il pourrait s'agir simplement d'une grossesse ectopique du Douglas).

5° *La compression de l'intestin* peut amener des phénomènes variables. Si elle est légère, elle se traduira sim-

plement par de la constipation, du ténésme anal, des hémorroïdes par compression du réseau veineux hémorroïdal. A un stade plus avancé, c'est l'occlusion : l'utérus, pressant fortement sur l'intestin, arrêtera totalement le cours des matières, et l'iléus sera constitué.

Aigu d'emblée, la malade est prise d'une douleur déchirante atroce au point intestinal intéressé, hoquet, vomissements alimentaires d'abord, bilieux, fécaloïdes ensuite, viendront compliquer la scène. L'abdomen se ballonne, la dilatation intestinale se généralise, l'arrêt des matières et des gaz est absolue. L'état général s'aggrave rapidement, le pouls est rapide et petit, le visage profondément altéré. La température présente de grandes oscillations ; peu élevée, elle peut monter à 40°, avec grand frisson à la période ultime, mais, souvent, sous l'intoxication progressive, et comme conséquence de l'algidité, elle peut baisser avant la terminaison fatale, tandis que le pouls s'élève, une dépression générale caractéristique, avec voix cassée, misérable, la respiration rapide, pénible, les urines rares, des sueurs froides couvrant le corps algide, et la mort survient, si l'on n'intervient pas.

Le début peut être plus lent : les symptômes sont modifiés dans leur intensité, mais ils surviennent par crises, crises qui se répètent, s'allongent en durée et s'aggravent. Dans la bibliographie, les cas sont relativement rares ; on en trouve cinq d'occlusion grave consécutive à la rétroversion de l'utérus gravide (publiés par Gottschalk et Heymann). Sur ces 5 cas, on enregistre 3 morts.

Observation de Gottschalk (Annales de gynécologie, 1895).

8 avortements. 1 accouchement à terme.

Grossesse actuelle. Pas de selle depuis 6 jours, douleurs intolérables, ballonnement du ventre, incarceration de l'utérus rétrofléchi, ascite, développement énorme de l'S iliaque. Laparatomie. Colotomie.

Mort (opération tardive).

Dienst signale un cas d'iléus typique de même origine. La gangrène des parois intestinales a été également signalée. Il est assez difficile de savoir comment réagit, au point de vue statique, l'intestin comprimé par l'utérus gravide. Le rectum se laissera aplatis contre la paroi abdominale postérieure, le colon pelvien plus mobile réagira autrement. Il se trouve, en général, dans le cul-de-sac vésico-utérin ou dans le Douglas ; rejeté en arrière et en haut par l'utérus gravide, retenu d'autre part par son méso à la paroi abdominale postérieure, il peut se tordre. Une compression, une torsion sur son axe, de vieilles brides péritonéales y aidant, et voilà facilement compromise la vitalité de l'intestin. La dilatation sus-jacente à l'obstacle est imminente, la pression excentrique sur la paroi étrangle ses vaisseaux et ses nerfs. On arrive rapidement à la nécrose épithéliale, aux hémorragies sous et intra-muqueuses, des ulcérations se forment, qui peuvent se perforer et entraîner la mort par péritonite. Treub a rapporté, dans sa thèse de Leyde, en 1892, un fait de ce genre. (Des causes de la mort, dans la rétroversion de l'utérus gravide). Sur 51 cas, il note : mort par urémie, 13 ; par :

Septicémie, 6 ;

Rupture de la vessie, 11 ;

Péritonite d'origine vésicale, 10 ;

Déchirure du vagin et du péritoine, 2 ;

Erreur de pratique, 5 (sic) ;

Péritonite par gangrène intestinale, 1.

Complications infectieuses

Les complications mécaniques sont rarement isolées. L'intestin est un organe essentiellement septique : toute une flore microbienne y séjourne à l'état physiologique. Survienne un trouble dans l'élimination et la compression de l'utérus gravide rétroversé joue ce rôle, l'infection s'installe rapidement. Dans l'anse intestinale dilatée au-dessus de l'obstacle (l'utérus compresseur), il se produit une exaltation de virulence du milieu intestinal (de Klecki), les lésions de nécrose, que nous avons signalées plus haut, permettent le passage facile des microbes à travers la paroi. Les preuves à cet appui nous sont fournies de longue date : (Clado; Malvoz), et plus en arrière encore : Verneuil, dans la hernie étranglée, ne recommandait-il pas de bien désinfecter le sac et l'anse étranglée ?

« Cette perte de la puissance protectrice de la muqueuse intestinale entraîne l'intoxication générale » (Charrin). Galeozzi a trouvé le bactérium coli dans l'urine, les reins, la sérosité péritonéale, le sang. Dans l'observation que nous avons citée plus haut, résumée (Hardy : Mémoire sur l'infection puerpérale), nous avons vu que le principal rôle y avait été joué par le bactérium coli, venu de l'intestin.

Voici une observation de péritonite à longue durée, de même origine :

(Chantemesse), Société médicale des Hôpitaux, Paris, 1891.

C. Enceinte de 4 mois, entre à Lariboisière, absence de selles depuis 9 jours. L'avant-veille de son entrée, a vomi son dîner ; depuis : douleurs vives sur les parties latérales de l'abdomen. Dans la nuit du 29 au 30 avril,

vomissements incessants de matière verdâtre, facies grippé, nez froid, extrémités cyanosées. Température le matin : 37°5.

Ventre ballonné, anses distendues dans la région sus-ombilicale, sonorité dans la région péri et sus-ombilicale ; matité au-dessous, pression des flancs douloureuse.

Au toucher vaginal, col ramolli, entr'ouvert, l'utérus gravide en rétroversion est venu se mettre en contact avec le sacrum.

Par le toucher rectal, dans la position génu-pectorale, l'utérus est redressé ; il s'écoule une grande quantité de gaz et de matières liquides. Température du soir : 38°.

Le lendemain, les vomissements poracés persistent, mais l'état général est meilleur, facies moins grippé, extrémités se réchauffent, ventre moins développé. Température, matin : 37°5 ; du soir : 38°4.

2 mai. — Amélioration sensible, diarrhée, ventre souple. Température, matin : 37°8 ; du soir : 37°7.

3 mai. — 4 heures du matin, fausse-couche presque indolore ; fœtus et placenta expulsés presque en même temps ; le matin, état général assez bon ; température, 37°2 ; le soir, brusquement, la température monte à 39°.

4 mai. — Diarrhée très abondante. Température, matin : 39° ; le soir : 38°.

5 mai. — Diarrhée persiste. Température, matin : 37°6 ; du soir : 38°.

6 mai. — Diarrhée très abondante, frisson la nuit dernière. Température, ce matin : 39°6. Une injection intra-utérine de 2 litres d'une solution de sublimé ramène des débris placentaires d'odeur infecte. Température, le soir : 37°8. L'ensemencement de ces débris, sur milieu nutritif, donne des cultures pures de coli-bacille. Le lendemain matin, la température est de 39° ; le facies est grippé, les extrémités froides, la voix cassée. Le curettage de la cavité utérine libère des débris placentaires infects ; on fait une irrigation continue avec de l'eau naphtolée. Température du soir : 37°5. Pouls : 104. Mort dans la nuit.

Autopsie, 30 heures après la mort. — La partie inférieure de la cavité abdominale est remplie d'un pus séreux, verdâtre, contenant de petits grumeaux ; les anses intestinales baignent dans ce liquide ; l'une d'elles, sphacélée, adhère à l'utérus. La cavité utérine renferme des caillots ayant échappé au curettage ; sa muqueuse est pulpeuse, tapissée d'un exudat noirâtre, qui s'étend sur le col et sur les parois du vagin. Dans l'intestin, pas de lésion notable. Aux poumons, congestion des bases, caverne tuberculeuse au sommet droit.

Dans le pus de l'abdomen et les débris de la cavité utérine et du vagin, et dans le sang du cœur, il y avait, à l'état de pureté, le colibacille.

Conclusions. — Cette observation de péritonite à longue durée montre comment l'utérus gravide rétroversé peut, en exerçant une compression sur l'intestin, en altérer les parois et permettre ainsi la migration du colibacille dans le péritoine.

Widal, dans sa thèse de Paris, de 1889, avait écrit : « Il est des cas de pseudo-infection puerpérale, où on trouve un bâtonnet et où l'infection peut se faire par la muqueuse vésicale enflammée par l'utérus gravide. »

On peut ajouter que la muqueuse intestinale peut, dans quelques cas, être mise en cause, et que, altérée par la compression de l'utérus gravide rétroversé, elle permet le passage du colibacille dans le péritoine, donnant naissance ainsi à une infection d'origine intestinale (péritonite), qui peut rester méconnue sous le masque de l'infection puerpérale.

Le résultat de l'infection, venue du milieu intestinal, est donc la péritonite. Aux premières heures de la stase, il se produit un exudat de sérosité hémorragique aseptique, puis la diapédèse à travers la paroi intestinale des micro-organismes provoque l'infection péritonéale.

Cependant, les choses peuvent se modifier quelquefois, et la péritonite peut se montrer tout au début comme fait essentiel de la rétroversion de l'utérus gravide incarcerated.

Dans l'observation que nous avons donnée, tout au début, les symptômes péritonéaux ont ouvert la scène.

En mai, on note de la constipation, une forte tension abdominale par rétraction de la paroi sur les anses dilatées, une défense de la paroi sensible à la palpation profonde...

Plus tard, reprise des mêmes phénomènes, avec une crise de coliques, des vomissements alimentaires...

Il n'est pas douteux, cependant, que l'intestin ait été troublé par le voisinage de l'utérus gravide rétroversé ; mais il est bien difficile, dans les signes cliniques observés, de faire la part qui revient à la séreuse et au tube intestinal. L'utérus, en situation telle que nous l'a décrite à l'intervention M. le docteur Molin, a dû certainement comprimer fortement le rectum et troubler dans sa statique également le colon sigmoïde. Qui dit stase dans l'intestin dit infection de voisinage, et point n'est nécessaire l'iléus avec arrêt absolu de gaz et de matières, pour que la péritonite à distance s'ensuive.

Nous savons, d'ailleurs, que l'occlusion peut se présenter sous une forme subaiguë (petite crise de 24 à 48 heures avec constipation, douleurs abdominales, léger ballonnement du ventre...).

La constipation suffit, en augmentant la virulence du colibacille, réveillée déjà par la grossesse, pour favoriser son passage à travers la paroi de l'intestin légèrement comprimé, sans que l'arrêt des matières soit absolu et qu'on ait affaire à une occlusion vraiment constituée.

Ajoutons que l'infection, venue de l'intestin, peut, d'autre part, trouver un terrain tout préparé chez le péritoine. Celui-ci, froissé, tirillé, traumatisé déjà par l'utérus en rétroversion et incarcerated, nous apparaît en état de récep-

tivité parfaite pour fixer l'agent microbien. (Toute altération préalable de la séreuse favorise l'infection : Vegner, 1876.)

Le liquide d'ascite, qui s'est écoulé le premier à l'ouverture de la cavité abdominale, ne témoigne-t-il pas de l'irritation prolongée que l'utérus a fait subir à la séreuse, préparant celle-ci par une inflammation d'abord aseptique à l'infection définitive apportée de l'intestin ?



VII

TRAITEMENT

Avant de terminer notre exposé, nous dirons deux mots du traitement.

Nous avons vu quelle pouvait être la gravité des complications de la rétroversion de l'utérus gravide incarcerated. Il faut donc éviter leur apparition : cette prophylaxie, c'est la réduction spontanée hâtive (pour M. Pinard, la réduction spontanée s'opère souvent, les adhérences se laissant facilement distendre). Si celle-ci ne se produit pas, il faut essayer le redressement manuel par le rectum, le vagin, sous-anesthésie au besoin, la femme en position génu-pectorale.

Si, enfin, toute chance de succès est épuisée, si les premiers signes de l'incarcération se manifestent, il faut sans tarder pratiquer la laparatomie libératrice, rompre les adhérences, rétablir la statique normale de l'organe et, au besoin, la maintenir par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (Doléris, *Annales de gynécologie*, de 1902).

VIII

CONCLUSIONS

I. — Il existe, à côté des complications urinaires — les plus fréquentes de la rétroversion de l'utérus gravide — d'autres complications sérieuses, qui peuvent, soit menacer la marche de la grossesse et le développement du fœtus in-utero, soit retentir sérieusement sur le tube intestinal et le péritoine.

II. — Ces complications relèvent de la compression que l'utérus fait subir aux organes et aux appareils directement en rapport avec lui. La haute gravité de ces complications paraît liée à l'incarcération de l'organe dans l'excavation pelvienne.

III. — Les phénomènes intestinaux ouvrent, en général, la scène morbide, et c'est tardive et sous le masque primitif de l'iléus qu'apparaît l'infection définitive : la péritonite.

IV. — La séreuse, préparée par l'inflammation de voisinage, par le traumatisme que lui fait subir l'utérus gravide rétroversé, peut fixer plus facilement l'agent microbien issu du tube intestinal, et la péritonite peut ainsi se montrer dès la première heure, sans signes intestinaux bien nets, comme complication essentielle de la rétroversion de l'utérus gravide incarcerated.

VU :

VU :

Le Président de la Thèse,

Le Doyen,

FABRE.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 26 Avril 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

-
- BAR. — Traité d'accouchements.
 CHARPENTIER. — Traité d'accouchements.
 CHANTEMESSE. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 1891.
 DOLERIS. — Annales de gynécologie, 1902.
 DUHRSSSEN. — Arch. für gynaek, 1894.
 FIGUIERA. — Th. de Paris. 1903.
 GOTTSCHALK. — Annales de gynécologie, 1895.
 HARDY. — De l'infection puerpérale. Liège, 1902.
 HALBERTSMA. — Monatssohr f. Geburtsk, XXXIV.
 JACOBS. — Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obst., 1898-99, IX.
 LABUSQUIÈRE. — Annales de gynécologie, 1891 et 1902.
 MACLEOD. — Brit. méd. journ., jan. 1901.
 MONOD. — Annales de gynécologie, 1880.
 MOUCHET. — Annales de gynécologie, décembre 1900.
 PATEL et DUJOL. — Presse méd., 28 août 1919.
 PAUCHET. — Annales de gynécologie, 1900, p. 583.
 PINARD, SEGOND, COUVELAIRE. — Annales de gynécologie, 1903, t. II.
 PINARD et VARNIER. — Annales de gynécologie, 1886-87. — Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide.
 POZZI. — Annales de gynécologie, 1897.
 RIBEMONT-DESSAIGNES. — Traité d'accouchements.
 SOUTHEY. — The Lancet, 1871, page 610.
 — — — — — 1881.
 SCHULTZE. — Traité des déviations utérines.
 TARNIER et BUDIN. — Traité d'accouchement.
 TREUB. — Centralblatt für gynaek, 1892, page 375.
 VARNIER et DELBET. — Annales de gynécologie, 1891, page 103.
 — — — — — 1880.

VARNIER. — L'obstétrique journalière.

VINAY. — Maladies de la grossesse, page 124.

VERTHEIM. — La gynécologie, 1901, page 327.

WINCKEL. — Handbuch der geburtshülfe, t. II, 1^{re} partie, page 419.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
I. — Introduction	9
II. — Observation	11
III. — Causes de la rétroversion	15
IV. — Incarcération de l'utérus. — Mécanisme.	17
V. — Symptômes	21
VI. — Complications	23
Obstétricales (observations)	23
Générales (observations)	28
VII. — Traitement	39
VIII. — Conclusions	41
IX. — Bibliographie	43

CHALON-SUR-SAONE. — IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE
